

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1941

THESE

N°

407

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

CERTHOUX Jean

Né le 12 Juin 1914, à St-Gibrien (Marne).

Interne de l'Hôtel-Dieu de Troyes

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
ÉTIOLOGIQUES
SUR LA TUBERCULOSE
PULMONAIRE

Président M. TANON, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1941

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **CERTHOUX.**

Prénom : **Jean.**

17 DEC. 1941

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

CERTHOUX (Jean)

Quelques considérations étiologiques sur la tuberculose pulmonaire.

Paris, Imp. R. FOULON (1941),
in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1941, N°)

CERTHOUX (Jean)

Quelques considérations étiologiques sur la tuberculose pulmonaire.

Paris, Imp. R. FOULON (1941),
in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1941, N°)

CERTHOUX (Jean)

Quelques considérations étiologiques sur la tuberculose pulmonaire.

Paris, Imp. R. FOULON (1941),
in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1941, N°)

CERTHOUX (Jean)

Quelques considérations étiologiques sur la tuberculose pulmonaire.

Paris, Imp. R. FOULON (1941),
in-8°, 64 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris
1941, N°)

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	IEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	Pierre Duval.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.
BONNET	Bactériologie.
BOULANGER	Chimie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CACHERA	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.
COSTE	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.
DELARUE	Anatomie pathologique.
DELAY	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.
DESOILLE	Médecine légale.
DIGONNET	Obstétrique.
DOGNON	Physique.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GARCIN	Pathologie médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.
DE GENNES	Pathologie médicale.

MM.

GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LENEGRE	Pathologie médicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
MARCHAL	Pathologie médicale.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PATEL	Pathologie chirurgicale.
PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
RENARD	chirurgicale.
RICHET	Ophthalmologie.
SENEQUE	Physiologie
SICARD	Pathologie chirurgicale.
SOULIE	Pathologie chirurgicale.
SUREAU	Pathologie médicale.
TURPIN	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie médicale.
	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

HUGUENIN'	Anatomie pathologique.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE ..
BRULE
CATHALA
CHABROL
CHEVALLIER ...
DONZELOT
DUVOIR
GASTINEL
LAROCHE (G.) ..
LIAN
MOREAU
SEZARY

Clinique
médicale

MM.

BASSET
BROcq
CADENAT
FEY
GATELLIER
de GAUDART
d'ALLAINES ..
LEVEUF
MOULONGUET ..
MOURE
QUENU

Clinique
chirurgicale

MM.

EGALLE
METZGER
PORTES
VIGNES

Clinique
obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT ,agrége Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
RUPPE Stomatologie.
WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance. Je prendrai toujours comme exemple leur vie de droiture et de dévouement.

A MON FRERE

Qu'il soit toujours mon meilleur ami.

A MA FEMME

Dont le courage et l'affection m'ont été une aide précieuse au cours d'une année particulièrement pénible. Qu'elle trouve ici l'expression de ma tendresse et de mon attachement.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Conseiller technique sanitaire au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Vice-Président du Comité Consultatif d'Hygiène
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu me faire
l'honneur d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR SCHEID

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Phthysiologue des Hospices de Troyes

*Qui m'a inspiré le sujet de
cette thèse et très aimablement
aidé dans sa réalisation.*

*Qu'il trouve ici l'expression
de ma reconnaissance pour l'en-
seignement reçu dans son ser-
vice.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE L'ECOLE DE MEDECINE DE REIMS

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE.

MONSIEUR LE DOCTEUR FLANDIN.

A MES MAITRES DES HOSPICES DE LAON

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMARCHAL

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*Qui m'a initié à la chirurgie.
J'apprécie chaque jour les excellents
conseils qu'il m'a prodigués
pendant un an passé dans son
service.*

MESSIEURS LES DOCTEURS:

MENU.

MACON.

PESTEL.

DEFOUG.

A MES MAITRES DES HOSPICES DE TROYES

MONSIEUR LE DOCTEUR MERAT.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Qui a complété mon éducation chirurgicale.

MONSIEUR LE DOCTEUR PARIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

MESSIEURS LES DOCTEURS

DAUPTAIN.

HUREZ

PIERRE.

Anciens Internes des Hôpitaux de Paris
Médecins de l'Hôtel-Dieu

MESSIEURS LES DOCTEURS

CAHUZAC.

MAUGUIERE.

LUCY.

SOUFFRAIN.

DUVAL.

DESCUSSES.

Médecins de l'Hôtel-Dieu

A MONSIEUR LE DOCTEUR MUNIE

Directeur du Dispensaire d'Hygiène Sociale de l'Aube

*Qui a mis ses archives à ma
disposition. Avec mes remercie-
ments.*

QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

INTRODUCTION

Notre pays vit, depuis un an, des heures bien pénibles, et la plupart des Français qui étaient habitués à bien vivre, à trop bien vivre même, ressentent durement les privations qui leur sont imposées par les événements.

Il y eut d'abord l'exode: si ce dernier fut presque une partie de plaisir pour certains, il fut dur pour beaucoup. Même pour ceux qui voyageaient en voiture, donc à plus forte raison pour ceux qui étaient à pied, les nuits passées à la fraîcheur, sous le brouillard et la pluie, les longues stations où l'on grelotte quand, harrassé l'on s'arrête, l'absence fréquente de tout repas, les émotions des alertes, tous ces événements sont propres à miner le corps le plus solidement constitué, et à plus forte raison, à abattre les organismes amoindris par les maladies antérieures ou du mo-

ment. Puis ce fut la raison sociale de réfugié dans une ville ou un village du Centre ou du Midi de la France. Si certains des centres d'accueils organisés pour ces malheureux ne laissaient rien à désirer, d'autres étaient moins bien tenus, exposant aux dangers de la promiscuité.

Puis ce fut le retour : on arrive chez soi, le découragement s'emparerait des esprits les mieux trempés, et à l'heure où l'on souhaiterait enfin se remettre de toutes ces fatigues, de toutes ces privations, on doit en supporter d'autres ; un rationnement pas toujours bien compris et qui, le plus souvent, ne concerne que certaines catégories. Comment veut-on que la ménagère, harassée d'avoir fait queue pendant trois heures et plus, pour se faire servir et se voir attribuer 90 gr. de viande, ait du goût pour soigner sa maisonnée ? Quel état général peuvent avoir des enfants que leurs parents envoient faire queue pendant des heures sous la pluie, pour se procurer des suppléments devant les casernements des troupes d'occupation.

A Troyes, il n'y avait pas, avant la guerre, de service hospitalier spécialisé pour les tuberculeux. Il y a depuis le mois d'octobre 1940 un service de cinquante lits, puis de quatre-vingt lits, et l'on parle maintenant de la création d'un hôpital de tuberculeux de deux cents lits.

Il est à noter que ces malades sont presque tous des adultes, surtout des adultes jeunes, et que les statistiques du Dispensaire d'Hygiène de l'Aube ne marquent aucune augmentation, depuis cinq ou six ans, du nombre des nouveaux malades. Mais les consultants du Dispensaire sont presque tous des enfants, et ce n'est que dans quelque temps que l'on pourra constater des faits certains de ce côté.

C'est pourquoi il nous a semblé intéressant de rechercher les relations qui peuvent exister, non pas entre les conditions de la vie actuelle, mais entre l'exode de juin 1940, et cette augmentation du nombre des malades atteints de tuberculose pulmonaire.

Nous diviserons cet ouvrage en deux parties :

Dans une première partie, nous exposerons trois séries d'observations ; la première, concernant de nouveaux malades, des primo-infections chez des gens qui paraissaient auparavant sains.

Dans une seconde série d'observations, nous citerons des malades qui paraissaient guéris, ou tout au moins stabilisés, avant les événements qui nous intéressent, et qui ont recommencé une évolution à la suite de ces événements. Dans une troisième série, nous citerons des malades dont l'affection était en cours au moment de ces événements, soignés ou non.

Nous essaierons d'en tirer des conclusions concernant l'œuvre future des organisations de dépistage, en particulier des Dispensaires d'Hygiène Sociale. Ceci constituera la deuxième partie de cet ouvrage.

PREMIERE SERIE D'OBSERVATIONS

(Primo infections)

OBSERVATION N° 1. — M. G..., 38 ans, marié, une fille de 13 ans.

Aucun antécédent familial, ni héréditaire.

A toujours eu une santé parfaite; mobilisé, évacué de Paris dans les Basses-Pyrénées, à ce moment, présente une diarrhée tenace dysentérique, puis se remet tout doucement, et ne présente plus aucun malaise jusqu'à sa démobilisation, le 28 août 1940. (Ce malade, pendant toute cette période, a ignoré où se trouvaient sa femme et sa fille, qu'ils a retrouvées à Paris en rentrant.)

Le 3 septembre, le matin au réveil, le malade présente une voix éraillée, puis se met à tousser, d'une toux rauque qui le fatigue beaucoup, et est presque continuelle, le réveillant la nuit. Cette toux exagère une douleur thoracique presque permanente, mais qui n'est jamais fixe. Il présente une expectoration assez abondante.

Il est soigné, à ce moment, pour laryngite et bronchite.

Au début de ces troubles, il a présenté un appétit d'autant plus remarquable qu'il a toujours été un très petit mangeur.

Le 20 janvier, il est interné administratif à la Maison Centrale de Clairvaux, où son état s'est subitement aggravé, sa température monte, il présente un amaigrissement très marqué, toussé et crache beaucoup, et n'a absolument plus d'appétit.

Il entre dans notre service huit jours plus tard; un examen de crachats révèle la présence de B. K., et l'examen radiographique montre une infiltration hilare du poumon gauche, et un gros nodule d'inoculation droit avec spéléonque du lobe inférieur et une autre du sommet droit.

On institue huit jours plus tard un pneumothorax droit sous l'influence duquel l'état du malade est nettement amélioré en septembre 1941.

OBSERVATION N° 2. — M. L. G..., 25 ans, célibataire.

Aucun antécédent, aucun contact suspect.

Son frère présente, depuis trois ans, une tuberculose pulmonaire; mais le malade en était séparé depuis 1937 qu'il était militaire.

Homme très solide.

Fait prisonnier en juin 1940, après blessure au bras droit.

Sa blessure guérie, fin juillet 1940, rentre dans un camp. Au bout d'un mois de camp, présente des poussées fébriles et souffre fréquemment de douleurs siégeant à la base de l'hémithorax droit; toussé un peu, ne crache pas; est alors hospitalisé à Lunéville. Un examen de cra-

chats se révèle positif. A la radioscopie, on découvre un chancre d'inoculation primaire au niveau du hile droit.

Le malade a à peine maigri et a intégralement conservé son appétit.

Réformé le 21 octobre 1940.

A sa rentrée dans ses foyers, se fait hospitaliser. Il existe une petite cavité à la partie moyenne du poumon droit, et une infiltration assez marquée de tout ce poumon, sauf au sommet. Examen de crachats positif.

On crée à ce malade un pneumothorax droit le 7 novembre 1940. Il sort de notre service un mois plus tard, mais revient au mois d'avril 1941, parce qu'il a un peu maigri et tousse beaucoup. Il présente deux petites hémoptysies au début de mai, puis, sous l'influence du traitement, on note une nette amélioration de son état.

OBSERVATION N° 3. — M. G..., 42 ans, marié, deux enfants.

Au mois de mai 1941, le malade se trouvait à travailler dans une manutention allemande: travail assez dur, consistant à porter des sacs de 50 à 100 kilos. Il est alors très bien nourri, et présente un excellent appétit. Il avait maigri d'une dizaine de kilos, mais ne s'en formalisait pas.

Il présente à ce moment, au niveau de l'hémithorax droit une douleur assez intense, qui se déplace et n'est jamais fixe, présentant un maximum à l'inspiration forcée. Cela dure huit jours, puis le malade ne ressent plus rien.

Il n'a pas perdu l'appétit, qui est très bon, n'a pas toussé, ni craché, n'a pas présenté d'augmentation de température, circonstances qui l'ont empêché d'être hospitalisé.

A la démobilisation, passe à la radioscopie systématique au Centre de Recueil des prisonniers libérés. Cet examen montre, chez cet homme qui ne se serait jamais cru malade, qui ne présentait aucune altération de l'état général, une infiltration rétro-claviculaire droite, et sous-claviculaire gauche, d'origine bacillaire confirmée bactériologiquement et cliniquement.

OBSERVATION N° 4. — M. L..., 44 ans, marié, pas d'enfant.

Réformé.

A été gazé en 1914, mais ne s'en est jamais ressenti; n'a jamais été hospitalisé, n'a jamais toussé, ni craché, a toujours présenté un état général excellent. Aucun antécédent familial, ni héréditaire.

Fait prisonnier en juin 1940, a été interné dans un camp à Compiègne, et a toujours beaucoup toussé depuis, en même temps qu'il présentait un amaigrissement considérable et une inappétence marquée, crachait moyennement; cet état de choses s'est poursuivi pendant six mois, puis au mois de novembre 1940 ce malade présente des douleurs abdominales avec alternatives de diarrhée et de constipation, accompagnées de toux et expectoration muco-purulente et légère élévation de température (38, 38,5 tous les soirs, et chute à 37 le matin).

Les Allemands hospitalisent alors ce malade, le 1^{er} décembre 1940, avec le diagnostic d'appendicite chronique; on l'opère et il nous est impossible de connaître les constatations opératoires. Comme ces symptômes persistent, les Autorités Occupantes le réforment le 4 janvier 1941.

Il rentre chez lui: l'appétit reparaît mais l'asthénie persiste, ainsi que la toux, l'expectoration et la température.

Le 9 août 1941, il passe, comme tous les prisonniers libérés, à l'examen radioscopique systématique, qui découvre des lésions bacillaires, (infiltration marquée des deux sommets, sans spélonque visible), dont l'origine tuberculeuse est bactériologiquement confirmée.

Ce malade est envoyé en sanatorium.

OBSERVATION N° 5. — M. P..., 35 ans, marié, 4 enfants.

On ne relève aucun antécédent ni familial, ni héréditaire; employé à un travail qui dépassait ses possibilités physiques, il a présenté en décembre 1940 un gros « rhume », qui s'est guéri spontanément, sans grosses poussées de température. N'a jamais toussé, ni craché depuis. Amaigrissement 10 kilos.

A sa démobilisation, en août 1941, subit la radioscopie systématique; on y découvre une tuberculose pulmonaire bilatérale (apex), confirmée cliniquement et bactériologiquement.

Ce malade a été très étonné lorsqu'on lui a appris qu'il présentait une tuberculose pulmonaire, car il pré-

sentait un état général excellent; sous l'influence d'un mois de repos, son état s'était considérablement amélioré au moment où il est parti au sanatorium.

OBSERVATION N° 6. — M. B..., 45 ans, marié, a une fille de 5 ans.

Libéré le 8 juillet 1941.

Au début de sa captivité, il est employé comme maçon, profession qu'il exerce habituellement; il ne se plaint pas alors de la nourriture, ni d'aucune condition matérielle; puis, au début de juin 1941, il n'y a plus de travail pour lui, et il rentre alors au camp. En juillet, il tousse un peu, crache un peu, maigrit de 17 kilos, mais ne s'en formalise pas. Bien qu'il soit affaibli il ne s'inquiète pas, et ne se croit pas malade.

Lors de sa démobilisation, subit l'examen radioscopique systématique, à Dijon; le médecin qui l'examine lui dit « qu'il a quelque chose au poumon gauche », mais ne l'alarme pas autrement et ne lui conseille pas de consulter son médecin.

Il se décide à consulter le 15 juillet parce qu'il continue à maigrir, bien qu'il présente un excellent appétit et ne souffre pas des restrictions. Un examen de crachats révèle la présence de B. K.

La radio montre une spéléonque assez volumineuse du sommet gauche, le malade ne présente pas d'élévation de température. On lui crée un pneumothorax gauche le 22 juillet 1941. L'état du malade s'améliore, on lui fait une section de brides au début de septembre, et il sort de l'hôpital quinze jours plus tard en très bonne voie.

Notons qu'il a fait toute la guerre de 1914 comme engagé volontaire, à 18 ans, sans avoir jamais été malade. Il a toujours été très solide depuis; on ne note chez lui aucun antécédent héréditaire ni familial.

OBSERVATION N° 7. — M. T..., 44 ans. Célibataire.

Il a fait toute la guerre de 1914 dans des unités combattantes, sans avoir été une seule fois porté malade.

En juin 1940, juste avant la débâcle, le malade tousse, crache, présente une température à 39°; porté malade, il est évacué pour bronchite. Mais il ne peut se faire hospitaliser, car toutes les formations sanitaires sont en débandade, et il n'en trouve aucune qui accepte de le recevoir.

Fait prisonnier le 18 juin, il présente, depuis la veille, des hémoptysies de moyenne abondance, mais il ne peut être hospitalisé, car les services ne sont pas encore organisés. Ces hémoptysies s'arrêtent spontanément le lendemain 19 juin; il n'en présentera d'ailleurs plus par la suite et ne s'inquiète pas.

Bref, pendant une année passée au camp, il tousse et crache continuellement, et présente fréquemment des douleurs non fixes siégeant dans tout le dos. Il maigrit de 10 kilos, conserve toujours un excellent appétit et son état général n'est pas autrement altéré.

Entre dans le service le 10 août; il présente une volumineuse spéléonque sous-claviculaire droite, et une légère infiltration à la base gauche. L'examen de ses crachats est évidemment positif, mais ce malade ne présente toujours pas d'élévation thermique.

Institution d'un pneumothorax droit trois jours plus tard; le décollement se fait dans de bonnes conditions; le malade reprend du poids et est en très bonne voie fin septembre 1941.

OBSERVATION N° 8. — Mlle B..., 19 ans. Aucun antécédent familial ni héréditaire.

Au retour d'évacuation, cette malade présente des hémoptysies abondantes; elle consulte immédiatement et on lui découvre une grosse cavité du sommet gauche et une infiltration marquée de la base droite, juxta-hilaire. Elle présente un état général très mauvais, elle maigrit de 15 kilos, et n'a plus aucun appétit, elle tousse et crache continuellement, température à 39 tous les soirs. On tente un pneumothorax gauche, sans succès; et cette jeune fille qui préfère se soigner chez elle, sort du service au début de décembre 1940. Mais elle est domiciliée à Arcis-sur-Aube, sa maison est brûlée et elle en est réduite à coucher dans des baraquements sur de la paille. Rien d'étonnant donc à ce qu'elle présente actuellement une aggravation considérable. Ce n'est cependant qu'au début de septembre 1941 que la malade se décide à consulter de nouveau. L'aggravation est confirmée par l'examen radiologique; cependant on tente de nouveau un pneumothorax gauche, sans succès.

Pronostic très mauvais actuellement.

OBSERVATION N° 9. — M. L..., 20 ans. Célibataire. Ce jeune homme a un frère, qui est soigné pour tuber-

culose pulmonaire depuis trois ans; mais il y a 4 ans qu'il en est séparé, et ils ne se voient que tout à fait occasionnellement. Par ailleurs, on ne trouve aucun antécédent ni personnel, ni familial ni héréditaire. C'est un homme solidement constitué, qui fait depuis deux ans des poids et haltères, et est camionneur dans une brasserie.

Evacué en juin 1940 dans de très mauvaises conditions, car il est à ce moment assez sérieusement blessé au pied. Depuis qu'il est rentré en août 1940, il est tout surpris d'être parfois rapidement fatigué par son travail, ou de manquer de force pour soulever un tonneau. Il toussoie un peu, mais ne crache pas, n'a pas de fièvre. Il a un peu maigri et n'a plus d'appétit.

Il continue son travail ainsi pendant presque un an, mais le 10 juin 1941, il présente brusquement, en rentrant chez lui une hémoptysie de moyenne importance, il court chez un médecin qui lui fait une injection de rétropituirine. Comme les crachements de sang se sont arrêtés, le malade ne s'inquiète plus.

Au bout de deux mois, pendant lesquels la toux et l'expectoration ont augmenté, il présente une nouvelle hémoptysie; il va voir son médecin qui le fait hospitaliser.

Température 38°; à la radiographie, on note une splendide à la partie moyenne du poumon gauche, avec nombreuses marbrures sous-jacentes. Examen de crachats positif.

On institue un pneumothorax gauche, qui se poursuit

dans d'excellentes conditions, et au bout d'un mois, le malade sort de l'hôpital en très bonne voie.

OBSERVATION N° 10. — M. G..., 28 ans, marié, trois enfants bien portants; aucun antécédent héréditaire, ni familial.

Cet homme n'a jamais été malade, même en captivité. N'a jamais toussé, ni craché, ni présenté de fièvre mais il a fait pendant tout l'hiver un travail très dur. C'est à l'examen radioscopique systématique des prisonniers libérés que l'on découvre une grosse infiltration du sommet droit.

Examen de crachats positif (par tubage gastrique).

On institue un pneumothorax droit, qui se poursuit dans d'excellentes conditions, ce malade rentre chez lui en très bonne voie, fin septembre 1941.

DEUXIEME SERIE D'OBSERVATIONS

(Reprise d'évolution)

OBSERVATION N° 11. — Mme H..., 27 ans, mariée, trois enfants.

Aucun antécédent de son côté, mais mariée depuis 1930, avec un homme, qui est soigné pour tuberculose pulmonaire depuis 1928, et présente encore des hémoptysies fréquentes.

Elle-même présente, en 1937, une pleurésie gauche, traitée par pneumo-séreuse; elle fait ensuite cinq mois et demi de sanatorium. A son retour elle est enceinte et a une grossesse absolument normale de bout en bout, sans aucune complication ni suite, et accouche d'un enfant normal encore très bien portant actuellement.

Cette malade semblait donc complètement guérie depuis sa rentrée de sanatorium. Elle avait bon appétit, reprenait du poids, était très active, ne toussait ni ne crachait plus.

En juin 1940, elle évacue; la route est un peu fatigante, mais elle se trouve ensuite à Moulins dans d'excellentes conditions; elle rentre chez elle en juillet, et sent, alors, que rien ne va plus. Elle n'a plus d'appétit, n'a

goût à rien, « elle est obligée de se boucher le nez pour faire la cuisine », et ne se plaît plus du tout dans son intérieur, qu'elle trouve pillé, et qu'elle laisse tout en désordre.

Depuis décembre, elle présente une accentuation de tous ces phénomènes, elle est fatiguée et présente souvent des malaises; sa température est à 38°5 tous les soirs; elle tousse beaucoup chaque matin, ne crache pas, mais chaque quinte est accompagnée de nausées; le 9 avril, elle est surprise, en se levant par une douleur siègeant sous l'omoplate droite. Cette douleur est si intense, qu'elle malade n'ose plus respirer normalement: « il lui semble qu'on la déchire quand on lui parle ».

Le médecin traitant prescrit des applications de cataplasmes, que la malade ne peut endurer, tant ils exagèrent sa douleur. Cette douleur persiste trois ou quatre jours, puis un examen radiographique est fait, qui montre une cavité importante à la partie moyenne du poumon droit; hospitalisée fin mai 1941. On est obligé d'abandonner un pneumothorax droit qui a été tenté, car la cavité menace de s'ouvrir dans la plèvre. Fin septembre 1941, l'état de la malade s'est encore aggravé et le pronostic est très mauvais.

OBSERVATION N° 12. — Mlle B. M. T..., 17 ans.

La mère est atteinte de tuberculose pulmonaire, probablement bien avant elle, mais n'a été soignée qu'après sa fille.

Cette jeune fille a présenté une pleurésie à l'âge de

15 ans, puis elle se trouve en très bonne santé jusqu'aux événements de juin 1940 (à noter, cependant, l'inappétence).

Pendant l'évacuation, qui se passe pour elle dans de très mauvaises conditions, elle commence à tousser et à cracher, et présente un certain nombre de petite hémoptysies, pendant les huit jours que dure cet exode.

En rentrant, elle reprend son travail en atelier de bonneterie, mais au bout de 15 jours est obligée de l'interrompre. Elle se sent très fatiguée, ne mange plus, maigrit.

Elle ressent fréquemment des points douloureux dans le dos. Ces points sont très mobiles. Elle recommence à faire des hémoptysies.

Une radio est alors faite, le 23 septembre 1940, qui montre une énorme cavité du sommet gauche, avec infiltration sous-jacente importante, et elle présente par ailleurs une scissurite droite.

Présence de nombreux B. K. dans les crachats à l'examen direct.

Un pneumothorax gauche est créé le 3 octobre 1940.

Puis la malade rentre chez elle, en très bonne voie, après une section de brides faite le 8 décembre 1940.

Sa mère tombe alors malade. Elle est hospitalisée, c'est alors cette jeune fille qui doit aller faire les « queues » pour nourrir ses deux frères, son père, et sa sœur. Elle fait par ailleurs tous les travaux du ménage, y compris la lessive, pour toute cette maisonnée.

Elle est hospitalisée à nouveau le 20 juillet 1941. La

radiographie montre une petite cavité à la partie moyenne de l'autre poumon.

La radiographie montre une petite cavité à la partie moyenne de l'autre poumon.

Un pneumothorax droit est créé le 22 juillet 1941. Au début la malade le supporte très mal: on est obligé à deux reprises de lui décompresser l'autre côté, et elle crache toujours des bacilles pendant plus d'un mois. Fin septembre, enfin, elle paraît commencer à s'améliorer.

OBSERVATION N° 13. — Mme F. G..., 45 ans, mariée 5 enfants très bien portants. Aucun antécédent à signaler. Son mari, gazé pendant la grande guerre, est décédé d'un cancer de l'estomac.

Il y a cinq ans, la malade a présenté une pleurésie droite; depuis elle a toujours été plus ou moins fatiguée, ressentant des points de côté fréquents.

Sans trop souffrir des restrictions, elle travaille beaucoup, en position assise surtout, ce qui augmente l'intensité de ses points douloureux. Elle présente un amaigrissement considérable.

Il y a deux ans, elle a expectoré un jour quelques crachats sanguinolents. Ce fait a été unique et elle n'a plus rien eu depuis.

Mais depuis le 3 juillet, elle tousse par quintes qui provoquent d'autres hémoptysies, très légères; entrée dans le service le 8 août, on lui trouve à l'examen radiographique, une cavité très petite à la partie inférieure

du poumon droit. On fait une tentative de pneumothorax, sans succès.

Le 25 août, elle subit une phrénisectomie droite. Elle ne crache pas, n'a pas de température, ne tousse plus, reprend du poids; en un mot, est en très bonne voie.

OBSERVATION N° 14. — Mme M..., 25 ans, mariée, mère de trois enfants bien portants.

Depuis trois ans, cette femme, à la suite d'une grosse bronchite, tousse continuellement.

Au moment de l'exode en juin 1940, elle était en sanatorium, à La Chapelle-Saint-Mesmin. Ainsi que tous les autres malades, elle a dû évacuer.

Depuis son retour, elle se sent beaucoup plus fatiguée et est obligée de prendre une bonne pour s'occuper de ses enfants qui sont jeunes. Elle fait une fausse-couche en janvier 1941 et celle-ci achève de la fatiguer. Elle maigrit de 10 kilos en un mois de temps et entre dans le service le 12 mai 1941.

A l'examen direct, les B. K. pullulent dans ses crachats.

La radiographie nous montre un aspect granulique des deux champs pulmonaires. Cette malade meurt, le 20 septembre 1941, par granulie généralisée.

OBSERVATION N° 15. — M. L. R..., 20 ans, célibataire.

Le père et la mère de ce jeune homme sont morts de tuberculose pulmonaire en 1935. Il a un frère âgé de

vingt-deux ans qui est atteint de tuberculose pulmonaire, et avec qui il vit. A la suite d'une bronchite, en 1938, il présente à son tour une tuberculose pulmonaire évolutive. On lui fait, à ce moment, un pneumothorax gauche, qui lui apporte une amélioration sensible, mais les hivers sont très pénibles.

En juin 1940, il évacue dans de très mauvaises conditions, à pied.

Après cet exode, qui dure, pour lui, deux mois, le malade se sent très fatigué. Ses insufflations ont été interrompues, il est complètement décomprimé, et il est impossible de reprendre son traitement. Il maigrit considérablement, est très fatigué, souffre de sueurs nocturnes profuses. Il n'a plus aucun appétit, sa température est à 40 tous les soirs.

Au début de juillet 1941, il présente quatre hémoptysies qui décident son médecin à le faire hospitaliser.

A son admission, le 16 août, son état général est très grave:

Il crache peu, ne tousse pas beaucoup, mais présente une adynamie considérable. Il pousse presque chaque soir des accès fébriles à 40°. A l'auscultation, on entend une véritable tempête de râles de toute nature. Son examen de crachats révèle la présence de très nombreux B. K. A la radiographie, aspect granulique des deux champs pulmonaires.

Décédé le 16 septembre 1941 par broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION N° 16. — Mme D. J., 23 ans, mariée, mère de trois enfants, tous suivis au Dispensaire et bien portants.

Cette malade vient consulter le 9 mai 1934 parce que, depuis un mois, elle tousse, crache, maigrit beaucoup et n'a plus d'appétit. L'examen radioscopique montre une infiltration bilatérale des sommets. Elle est envoyée en sanatorium et y reste du 5 juin au 5 septembre 1939. Elle en sort nettement améliorée.

Le 8 juin 1940, elle revient consulter au Dispensaire. Quoique améliorée, elle présente quelques signes très discrets et on lui conseille de se reposer encore, mais huit jours plus tard, elle doit partir dans le flot des évacués, à pied, et encombrée de ses enfants.

Rentrée chez elle, elle est très fatiguée, a maigri de 6 kilos en quinze jours et revient consulter le 6 août 1940.

L'examen radioscopique montre alors une aggravation considérable, se traduisant par une tuberculose pulmonaire bilatérale, polyexcavée. L'aggravation se poursuit encore pendant l'hiver et la malade meurt par broncho-pneumonie tuberculeuse vers la fin décembre.

OBSERVATION N° 17. — M. R. N..., 36 ans. Vient consulter le 30 juin 1939, pour toux, expectoration, amaigrissement, inappétence. Sa mère et sa sœur sont soignées pour tuberculose pulmonaire depuis trois ans.

L'examen radioscopique montre une petite spéléonque rétro-claviculaire droite et une autre sous-claviculaire

gauche. Ce malade part alors en sanatorium du 15 juin 1939 au 1^{er} octobre de la même année.

A sa sortie, présente une amélioration considérable.

Rentré chez lui, il continue à consulter régulièrement au Dispensaire. Le 20 avril 1940, l'excavation gauche est invisible. Ce malade évacue en juin dans de très bonnes conditions. Au retour, il se sent très fatigué, mais on ignore pourquoi il ne retourne consulter que le 23 novembre. Il présente alors un amaigrissement de deux kilos et bien que son état général ne soit pas trop touché, on trouve à la radioscopie une aggravation manifeste bilatérale: l'infiltration s'étend à partir de ses deux sommets; à l'auscultation, on trouve une respiration très diminuée. Ce malade meurt en février 1941 par broncho-pneumonie tuberculeuse.

OSERVATION N° 18. — Mlle T. L..., 23 ans. Célibataire.

On trouve dans la famille une lourde hérédité, mais, jusqu'en 1939, la santé de cette jeune fille est excellente. A cette date, elle ressent un point de côté léger à droite, et est déchirée par une petite toux sèche et continuelle.

Elle consulte alors au Dispensaire où on lui trouve un épanchement pleural droit discret. Elle est envoyée au sanatorium de Seyssuel le 21 décembre 1939. Elle en sort le 6 février 1940 très améliorée, puis ne consulte plus.

Evacuée en juin 1940, elle recommence à tousser et à cracher à son retour en septembre, mais cette toux n'est

pas semblable à la précédente car elle crache beaucoup; aussi elle considère cela comme un excellent signe, et ne se fait pas examiner.

Elle se décide à consulter le 28 janvier 1941, parce qu'en trois semaines elle a maigri de trois kilos.

La radioscopie montrè une grosse spélouque sous-claviculaire gauche avec infiltration périphérique massive. Une tentative de pneumothorax gauche est infructueuse. Le Dispensaire fait une demande d'admission en sanatorium mais la malade meurt trois semaines plus tard sans avoir pu partir par broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION N° 19. — Mme B..., 32 ans, mariée sans enfants.

Lourde hérédité dans la famille. La malade vient consulter au Dispensaire le 1^{er} septembre 1937, parce qu'elle se croit atteinte de tuberculose. Le début s'est manifesté huit jours auparavant par une hémoptysie, et dans cette semaine elle a maigri de deux kilos.

On lui trouve des signes frustes au sommet droit, et on lui recommande une cure sanatoriale ; elle part le 21 janvier 1938.

Elle est sur le point de revenir en septembre la même année, mais on lui recommande une prolongation et elle ne sort que six mois plus tard.

Le 19 avril 1940, une grosse spélouque qu'elle présentait au sommet gauche n'est plus visible, ses crachats ne contiennent plus de B. K. Le 7 août 1940, elle sent son

mal s'aggraver et retourne consulter. Une petite cavité est apparue juste au-dessous de l'emplacement de la première.

Le 29 juillet 1941 on ne note aucune amélioration de son état, le pronostic est évidemment très grave.

OBSERVATION N° 20. — Mme Q..., 29 ans.

Les parents de cette malade sont morts de tuberculose pulmonaire en 1930. En 1933, à la suite d'une grosse bronchite, vient consulter au Dispensaire. On l'envoie en sanatorium. Elle en sort six mois plus tard, nettement améliorée.

En 1934, elle recommence à tousser et à cracher des bacilles. La radioscopie fait constater une amélioration et on institue une pneumothorax gauche puis la malade est envoyée à nouveau en sanatorium. Elle revient consulter en 1936, elle apparaît, alors, nettement améliorée, et le pronostic est d'autant meilleur, qu'elle annonce repartir faire une cure de repos de six mois en Alsace.

Tout allant très bien, les insufflations sont suspendues en 1939 au mois de janvier. En juin 1940, elle évacue, maigrit de dix kilos en 1 mois, en somme présente tous les symptômes d'une aggravation importante. Elle revient consulter le 2 octobre 1940; sous l'influence du traitement, elle reprend deux kilos en un mois, mais cette amélioration ne persiste pas et la malade meurt au mois d'avril 1941 par broncho-pneumonie tuberculeuse.

OBSERVATION N° 21. — Mlle C. B..., 20 ans.

Consulte pour la première fois au Dispensaire le 19 octobre 1936; cette malade cohabitait avec sa sœur qui était à ce moment-là traitée à Berk pour adénite suppurée.

A 14 ans, pesait 22 kg. 700, présentant des signes évidents de rachitisme. L'auscultation est négative. Elle présente des ganglions axillaires, cervicaux, sous-maxillaires; est envoyée en préventorium le 29 septembre 1937, à son retour un ans plus tard, elle pesait 44 kg 500, mais le 27 décembre de la même année, après une bronchite, la radioscopie fait découvrir une spéléonque du lobe moyen du poumon droit. Elle est envoyée en sanatorium, où elle reste du 22 février 1939 au 26 mars 1940.

Dans l'intervalle, on lui a créé un pneumothorax droit en mars 1939 et pratiqué une section de brides en avril.

A son retour de sanatorium, son état général s'était remonté très rapidement, faisant porter un excellent pronostic.

Puis, au retour d'évacuation, en août 1940, l'examen montre une aggravation considérable. En septembre 1941, elle est alitée et l'évolution paraît fatale.

TROISIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

(Affections en cours)

OBSERVATION N °22. — M. C. J..., 60 ans, célibataire.

Cet homme a été gazé pendant la guerre de 1914, et depuis 1922, à la suite d'une bronchite, il a toujours toussé; mais son état général est toujours resté assez bon, et il n'a jamais été obligé d'interrompre l'exercice de sa profession (ouvrier agricole).

Depuis son retour d'évacuation, au mois de juillet 1940, il tousse beaucoup plus et expectore abondamment.

Au mois de septembre, il commence à présenter une voix un peu éraillée et maigrit d'un seul coup (12 kilos en un mois, dit-il). Il continue cependant son travail et entre dans le Service le 23 juin 1940. Un examen de crachats se révèle positif, l'examen radiographique montre une infiltration massive de tout le poumon droit et de la base gauche, et de nombreuses marbrures sur toute la moitié supérieure de ce même poumon. Sa laryngite est très accentuée et douloureuse.

Cet homme ne présente aucun antécédent familial, ni héréditaire; mais c'est un éthylique avéré. Le 15 juillet on s'aperçoit qu'il a complètement perdu la tête, buvant

dans son crachoir, et présente une photophobie très marquée. Deux jours plus tard, s'installe un syndrome méningitique, et le malade meurt le 23 juillet.

OBSERVATION N° 23. — M. A..., 22 ans, marié, pas d'enfants. Ce jeune homme nous est envoyé le 9 juillet 1941, parce que, depuis un mois, il présente chaque nuit des sueurs profuses et de grosses poussées thermiques. Il tousse et crache peu. Mais depuis sa démobilisation, le 28 août 1940, il se sent très fatigué et a considérablement maigri, au point que, exerçant la profession de manœuvre dans le bâtiment, il est obligé d'interrompre son travail au mois d'octobre. Pendant huit mois, il se repose chez et lui et subit plusieurs séries de calcium Corbière intra-veineux.

A l'admission, état général très altéré; beaucoup de B. K. dans les crachats. La radiographie montre une tuberculose poly-excavée du lobe inférieur droit avec tendance à la bi-latéralisation.

Pendant deux mois, malgré le traitement, l'état du malade s'aggrave progressivement. Il pousse plusieurs fois dans la journée des clochers thermiques à 40° accompagnés de transpiration très abondante. Le 28 août, il reçoit la visite de sa femme, et ils ont ensemble une très grave discussion d'ordre sentimental. Le lendemain matin, le malade est dans le coma avec un syndrome méningé. Il meurt le 3 septembre 1941.

OBSERVATION N° 24. — M. B..., 58 ans, marié, pas d'enfants.

Ce malade se sait tuberculeux depuis de nombreuses années mais n'a jamais cessé son travail de voyageur de commerce.

Se soignait tout seul chez lui, et ne se décide à consulter le 10 juin 1941, que parce qu'il présente une laryngite qui n'a fait que s'aggraver depuis août 1940 à son retour d'évacuation.

Le malade nous arrive avec un état général grave. Il présente une radiographie qui date de deux mois et sur laquelle on note: un aspect granulique généralisé des deux champs pulmonaires. Il est dans l'adynamie la plus absolue, et ne peut absolument plus parler tant il est aphone et à bout de souffle.

Au bout de deux jours, il commence à divaguer et raconte des histoires invraisemblables. Il présente un délire de persécution. Le sixième jour, il tombe dans le coma avec des signes méningés manifestes, et décède le 18 juin 1941.

Il ne se connaissait aucun antécédent ni héréditaire, ni familial, mais était lui aussi, un éthylique avéré.

OBSERVATION N° 25. — M. O..., 61 ans, veuf, un fils de 33 ans tuberculeux (suites de guerre).

Ce malade entre dans le service le 2 mai 1941: Depuis juillet 1940, à sa rentrée d'évacuation, il tousse et crache beaucoup, mais ne s'inquiète pas; car il a toujours

toussé depuis l'autre guerre. Il s'est décidé à se faire hospitaliser parce qu'il transpire abondamment chaque nuit, et se sent très fiévreux, en même temps qu'il a maigri et complètement perdu ses forces. C'est un éthylique. A son admission, il présente le soir, une température à 40°, une asthénie marquée ; chaque nuit, il transpire abondamment et fait de grosses poussées de température accompagnées de délire : il passe les nuits à parler tout haut, et ne s'en souvient absolument pas le lendemain, où sa température est devenue normale.

Il expectore abondamment des crachats muco-purulents. La radiographie montre une condensation massive du poumon droit et une infiltration importante du poumon gauche.

Son état s'aggrave progressivement et il meurt le 1^{er} juin par broncho-pneumonie tuberculeuse avec signes méningés.

OBSERVATION N° 26. — M. P..., 49 ans, célibataire.

Gazé en 1914 ; depuis, a toujours présenté de la « bronchite chronique ».

En 1936, à la suite de petites hémoptysies, on lui crée un pneumothorax droit, puis il fait un séjour d'un an en sanatorium. A la sortie, il présente une amélioration très nette.

En juin 1940, il évacue, se fatigue beaucoup, perd dix kilos en un mois de temps, puis il rentre, présentant un état général très mauvais. Il tousse et crache beaucoup. Ses insufflations ont été interrompues. Son méde-

cin traitant pense les continuer à son retour en décembre 1940, mais découvre à la radioscopie une tuberculose bilatérale.

A la suite de circonstances inconnues, ce malade reste sans aucun soin jusqu'au 12 février 1941, date de son entrée dans le service.

Son état général est très mauvais, l'asthénie est profonde, l'amaigrissement considérable. Le malade tousse et crache beaucoup, sa température est très élevée, la dyspnée est extrême.

A la radiographie, son poumon droit est complètement décomprimé. L'évolution, accélérée, s'est généralisée, et il est impossible de reprendre les insufflations: aspect granulique des deux champs pulmonaires.

Aggravation progressive, décès par broncho-pneumonie tuberculeuse le 15 mai 1941.

OBSERVATION N° 27. — Mme G. M. L..., 33 ans. Mari et deux enfants très bien portants. Aucun antécédent familial, ni héréditaire. Mais cette femme est plus ou moins éthylique.

En 1939, elle présente une congestion pulmonaire. Par la suite, elle tousse et crache toujours un peu, sans altération de l'état général, ce qui fait qu'elle n'y prend pas garde.

Evacue en juin 1940; au cours de cet exode, elle présente trois hémoptysies de moyenne importance. Au retour, elle se fait soigner à domicile. L'hiver est très mauvais pour elle, et depuis mars 1941, elle se sent très fati-

guée et a beaucoup maigri, elle tousse et crache beaucoup, et se sent toujours fiévreuse.

Elle entre dans le service le 12 mai 1941, nombreux B. K. dans les crachats à l'examen direct. A la radiographie, aspect granulique des deux champs pulmonaires, mais infiltration plus marquée à droite.

L'état général s'aggrave progressivement. Le 18 juin la malade présente une phlébite du membre inférieur gauche. Puis son psychisme s'altère progressivement et elle ne sait plus ce qu'elle fait.

Elle décède huit jours plus tard, présentant un syndrome méningé.

OBSERVATION N° 28. — M. C. L..., 52 ans.

Aucun antécédent héréditaire, ni familial; mais ce malade est, lui aussi, éthylique.

Gazé en 1914, il a toujours toussé depuis, mais a toujours continué à travailler sans y prêter attention, car son état général n'était aucunement altéré.

Affecté spécial, n'a pas été mobilisé à cette guerre-ci.

Au retour d'évacuation, il s'est senti très fatigué mais n'a pas arrêté son travail pour cela.

Interné administratif à la Maison centrale de Clairvaux au début de février, il a vu son état empirer considérablement en un mois de temps. Il est hospitalisé le 22 février.

Examen de crachats B. K. ++. Sur la radiographie, aspect granulique des deux champs pulmonaires.

L'état du malade empire progressivement, il présente tous les soirs, une température à 40 avec sueurs profuses, changeant trois fois de chemise chaque nuit. Le lendemain matin, hypothermie et adynamie considérables.

Le 12 juin, dans l'après-midi, il présente un délire de type éthylique (voit des bêtes, tombe dans des trous, ne peut exprimer ce qu'il veut dire), le lendemain il se sent mieux, on peut même l'interroger. Le 16, perte totale de conscience, décès quatre jours plus tard avec signes méningés.

OBSERVATION N° 29. — Mlle N. E..., 19 ans et demi.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Dans ses collatéraux (elle a cinq frères et sœurs) un frère atteint de tuberculose pulmonaire.

En 1935, à la suite d'une chute sur le genou gauche, dit-elle, ce genou a toujours été douloureux depuis. Trois ans plus tard, il l'est au point que la malade doit interrompre son travail, ne pouvant absolument plus marcher.

Depuis quelque temps, elle présentait bien une petite toux sèche, mais plusieurs médecins consultés lui ont toujours déclaré, dit-elle, qu'il s'agissait d'une « toux de la gorge ».

Evacuée en juin 1940, depuis le retour elle se sent beaucoup plus fatiguée. En février 1941, elle fait une nouvelle chute sur le même genou. Mais plus sérieuse, car elle présente un épanchement de liquide. En même temps apparaît un abcès froid sous-maxillaire qui se re-

ferme assez rapidement après fistulisation. Elle est hospitalisée dans notre service le 8 juin 1941. Elle présente tous les signes cliniques d'une tumeur blanche du genou, de plus, un cliché radiographique pulmonaire montre une tuberculose bi-latérale poly-excavée.

On est obligé de faire un examen de crachats en recueillant ceux-ci par tubage gastrique car la malade ne crache pas, ou du moins ne veut pas cracher.

Présence de nombreux B. K. Une tentative de pneumothorax gauche est vouée à l'échec, et quinze jours plus tard, un pneumothorax droit échoue de la même façon.

A la fin du mois d'août, elle présente deux hémoptysies de moyenne abondance (elle n'en avait jamais eu) elle paraît évoluer vers la granulie fin septembre 1941.

OBSERVATION N° 30. — Mlle P. F..., 20 ans.

Aucune hérédité tuberculeuse, aucun contact bacillifère, du moins au dire de la malade.

Depuis septembre 1939, inappétence marquée, arrêt des règles; un peu de toux, mais ne se fait pas soigner.

En juin 1940, exode. La malade présente alors un amaigrissement de 12 kilos en huit semaines. Elle n'a plus de forces. A son retour, en août, on lui fait un traitement consistant en repos, et calcium intra-veineux sur les symptômes suivants: expectoration moyenne, transpiration nocturne abondante.

Après ce traitement, plus de toux, ni de température, paraît-il, puis la malade constate à nouveau une perte de poids, après une augmentation de trois kilos.

A l'auscultation, signes discrets du sommet gauche. L'examen radiographique montre le sommet gauche voilé. Examen de crachats B. K. ++. Pneumothorax gauche créé le 14 mars 1941. Le décollement se fait dans de bonnes conditions, mais il y a des brides postéro-supérieures, qui sont sectionnées le 23 juin 1941.

Puis elle présente dans la cavité de son pneumothorax un épanchement abondant quinze jours après l'intervention. Une ponction exploratrice, pratiquée le 30 juillet, montre un liquide louche, ne contenant pas de B. K. Grandes oscillations thermiques. Après avoir beaucoup maigri, la malade a repris fin septembre, deux kilos en trois semaines et paraît présenter une tendance à la stabilisation.

OBSERVATION N° 314 — M. X..., 48 ans, pas d'enfants.

Gazé en 1916, ce malade dit présenter, depuis, de la bronchite chronique. Il a fait pratiquer régulièrement depuis cette époque des examens de ses crachats. Le dernier en 1932 était négatif.

Fait prisonnier en 1940, il est hospitalisé le 6 mai 1941 en captivité, pour hernie inguinale que l'on opère. A la suite de cette intervention, il se produit au niveau de la cicatrice, un petit abcès aponévrotique. Puis le malade présente des poussées thermiques d'origine inconnue, et qui se prolongent pendant un mois.

Œdème des malléoles. Essoufflement, dyspnée d'effort mais pas de signes cardiaques d'auscultation. Un peu de

tachycardie; subit plusieurs cures digitaliques sans aucun résultat, amaigrissement de 14 kilos.

Passe à la radioscopie systématique lors de sa libération; il présente un sommet un peu voilé; comme il n'a pas d'enfant on l'envoie se soigner chez lui.

OBSERVATION N° 32. — M. R. L..., 34 ans. Son père est décédé par tuberculose pulmonaire en 1924. En 1939, ce malade présente une pleurésie séro-fibrineuse. L'épanchement se résorbe spontanément, puis le malade fait une cure sanatoriale de trois mois jusqu'en mai 1940.

Il évacue dans de très mauvaises conditions. Au retour, en août, amaigrissement progressif, bien qu'il ne souffre pas trop des privations. Il travaille comme manœuvre à la cuisine d'un hôpital allemand où il est, dit-il, très bien nourri.

Tousse peu, ne crache pas. En janvier 1941, apparition d'une toux opiniâtre avec expectoration abondante, poussées thermiques; tous les soirs, transpiration nocturne abondante.

Entre dans le service, le 13 mai 1941, examen de crachats B. K. ++++. A la radiographie, tuberculose pulmonaire droite excavée, mais infiltration des deux champs pulmonaires.

Par la suite, échec d'une tentative de pneumothorax droit le 16 mai 1941, puis aggravation progressive. Le 28 août aspect granulique des deux champs pulmonaires.

Le 8 septembre, au retour d'une sortie en fraude, élévation de température à 40 et perte de conscience.

Le 22, meurt avec signes méningés.

OBSERVATION N° 33. — M. F. J..., 35 ans. Aucun antécédent familial ni héréditaire, mobilisé en septembre 1939; en décembre la même année, apparition d'une toux avec expectoration abondante. Points de côté fréquents, le malade est hospitalisé, et un examen de crachats montre la présence de B. K. Il est réformé quinze jours plus tard.

Depuis, ce malade ne s'est jamais soigné, attendant, dit-il, son carnet de soins gratuits. Il reprend son travail et ne se trouve pas spécialement fatigué.

En juin 1940, évacué dans de très mauvaises conditions, trois semaines plus tard, il présente deux hémoptysies assez abondantes. Celles-ci ne reparaissant pas, le malade ne consulte même pas.

Depuis le mois de novembre 1940, il se sent tellement fatigué qu'il doit interrompre son travail, mais il attend son carnet de soins, et n'entre dans le service que le 17 juillet 1941 avec une granulie nettement caractérisée.

Le surlendemain apparaît un volumineux abcès périnéal dont le pus ne contient pas de B. K. La température est à 40 chaque soir et redescend à 37,5 chaque matin. Transpiration nocturne particulièrement abondante.

Le 27 août, le malade présente, à la jambe gauche un œdème volumineux ne dépassant pas le genou, et qui a complètement disparu le lendemain; décès le 30 août par granulie généralisée.

DISCUSSION

Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de malades ayant « ressenti » les premiers symptômes alarmants dans la période d'août à décembre 1940. Nous n'avions pas encore connu les grands froids de janvier et février 1941, les restrictions alimentaires étaient moins rigoureuses que par la suite. Il était encore possible d'utiliser chaque mois la carte de viande au complet et les rutabagas se voyaient moins couramment sur la table familiale.

Tous se sentaient tout de même fatigués, si l'on poussait un peu l'interrogatoire, depuis deux, parfois trois mois pendant lesquels ils maigrissaient légèrement, toussaient un peu, très peu, mais n'éprouvaient de goût pour rien.

Par la suite, ils se sont soignés chez eux, mais alors ont apparu le froid et les restrictions sévères, qui n'ont fait qu'aggraver encore leur mal, et en hâter l'évolution.

Presque tous n'ont été hospitalisés que tardivement, beaucoup l'ont été trop tardivement.

Dans notre premier groupe d'observations, la plupart des malades étaient, jusqu'aux événements de juin 1940, en parfaite santé apparente, fournissaient un travail assez dur, bien qu'il n'y ait guère de travaux de force dans la bonneterie. Nous pouvons même préciser, en ce qui concerne les aggravations dues au froid de l'hiver, que dans cette profession les ouvriers sont habitués à travailler à une température douce et avaient froid chez eux, circonstance favorisant les « rhumes » et bronchites. En effet, il doit régner dans les ateliers, pour la bonne marche des métiers, une température d'au moins 17°.

D'autre part, beaucoup d'évolution auraient sans doute pu être arrêtées si les sujets avaient bénéficié, en temps voulu d'exams et de soins appropriés. Mais la plupart n'étaient pas fiévreux, leur état général restait assez bon. Ils ne se soignaient donc pas. Or, nous savons combien de tuberculoses pulmonaires évoluent au début sans élévation de température et même presque sans signes fonctionnels.

En ce qui concerne les civils, les facteurs importants sont le souci d'abandonner leur foyer et la plupart des objets et souvenirs familiaux, les fatigues de l'évacuation, l'entassement dans les centres de réfugiés, le manque de nouvelles de membres de la famille dont on avait été séparé soit dans le chaos de cet

exode, soit qu'ils fussent sous les drapeaux. Puis le retour, où l'on trouve sa maison pillée ou brûlée et où l'on manque de tout.

Les mêmes facteurs jouent pour les militaires, qui restèrent longtemps sans nouvelles de leur famille, fatigués par les marches forcées après les combats.

Chez tous, donc, deux facteurs importants, universellement admis : la fatigue et le choc moral, mais il est deux autres facteurs qu'il ne faut pas négliger : l'un valable pour les militaires surtout est l'incertitude d'une incubation lors de l'incorporation, le second valable pour les deux catégories, la difficulté des soins prophylactiques dans les collectivités.

Nous n'avons évidemment pas pu pratiquer de cuti-réactions à la tuberculine sur nos malades au moment où se sont produits ces événements, mais bien qu'en bonne santé apparente et que la plupart d'entre eux n'aient pas d'antécédents bacillaires, nous ne saurions affirmer qu'ils ne présentaient pas déjà un terrain favorable à une évolution tuberculeuse, toutes réserves gardées sur cette question de terrain dans laquelle il faut être très éclectique en matière de tuberculose.

Quant aux formes de tuberculoses observées chez ces malades, presque toutes étaient des tuberculoses excavées, siégeant ordinairement à un sommet, et in-

sistons bien, généralement très heureusement influencées par le traitement (tous les malades que nous citons dans cette première partie sont porteurs d'un pneumothorax qui se poursuit dans d'excellentes conditions) à l'exception des malades des observations trois, quatre et cinq, et de la malade de l'observation 10, qui présente une tendance à la bi-latéralisation et chez qui le décollement pleural n'a pu se faire après deux tentatives à un an de distance.

Dans notre troisième groupe d'observations, il s'agit d'affections anciennes, soignées ou non, mais dans lesquelles les événements qui nous intéressent ont amené une aggravation. Comme les malades précédents, ceux-ci ont nettement ressenti les premières atteintes de la maladie vers les mois d'août à décembre 1940, certains même en juillet; mais l'aggravation n'avait été que peu marquée jusqu'à l'hiver, pour prendre plus d'ampleur au moment des grands froids et des restrictions. Hospitalisés vers le quatrième ou le cinquième mois de cette année-ci parce que vraiment il y étaient obligés par la gravité des formes qu'ils présentaient, la plupart de ces malades ont succombé. Les autres sont dans un état très grave. Une, cependant, la malade de l'observation n° 30, après une période tout à fait critique, paraît reprendre le dessus. Un autre, obs. n° 31, n'était pas très aggravé et comme il n'a pas d'enfants, est retourné se soigner chez lui.

Les causes de l'aggravation chez eux, ne sont pas différentes des malades précédents mais ce sont presque tous des sujets âgés, plus ou moins éthyliques. Une chose est certaine, c'est qu'aucun d'eux n'ont été surmenés après les fatigues de l'exode, puisque presque tous étaient malades à leur retour et se sont alités à ce moment-là. Nous ferons exception pour l'observation n° 23 où le jeune homme après avoir cherché en vain du travail pendant deux mois, avait, malgré la fatigue, repris sa profession de manœuvre dans le bâtiment, et pour le malade de l'observation n° 31 qui était un officier prisonnier et à titre d'officier ne travaillait pas.

Les causes de décès chez ces malades aggravés ont été: broncho-pneumonie tuberculeuse, avec syndrome méningé pour ceux des observations 22, 23, 24, 35, 32. Broncho-pneumonie tuberculeuse pour le malade de l'observation n° 26, granulie généralisée pour le malade 33, embolie après phlébite pour le malade n° 27.

La majorité des causes de décès dans notre petit groupe de malades, appartient donc à la forme méningée, mais nous avons observé dans le service, beaucoup de broncho-pneumonies et quelques granulies généralisées.

Quant aux formes méningées, elles se présentaient

généralement après un épisode de délire de type éthylique, suivi d'une rémission de 1, 2, ou trois jours, puis apparition brutale des signes méningés et évolution fatale en quatre ou cinq jours. Ajoutons que sur ces six malades, cinq étaient des éthyliques avérés, ceux-là seulement ont présenté cet épisode délirant.

Le malade n° 23 a présenté son syndrome méningé d'emblée au lendemain d'une discussion avec sa femme.

Enfin les malades qui survivent présentent :

La malade n° 29 une tuberculose bi-latérale poly-excavée avec tendance à la généralisation granulique.

La malade n° 30, qui présente une tuberculose excavée d'un côté, porte un pneumothorax. Elle a eu un épanchement pleural important qui l'avait beaucoup affaiblie, mais elle vient de reprendre deux kilos en trois semaines et paraît en bonne voie.

Nous arrivons au dernier groupe, dans lequel nous avons réuni quelques malades qui, soignés depuis plusieurs années, présentaient de nettes améliorations, et dont les lésions ont repris leur évolution depuis ces événements de juin 1940. L'une d'elles, la malade n° 11, est particulièrement typique puisque après une amélioration, elle avait eu une grossesse, laquelle s'est passée merveilleusement bien sans que s'en ressentent ni la mère qui se portait très bien, ni l'enfant qui est

resté quatre ans avec elle, présente actuellement une cuti-réaction négative, est vraiment un bel enfant.

Cette grossesse merveilleusement physiologique, même par ses suites, peut, à notre humble avis, être considérée comme un véritable test, non seulement d'amélioration, mais de guérison.

L'étiologie peut ici résider essentiellement dans la fatigue et les privations et les formes en sont généralement avec grosses spélonques uniques reparaissant au même point que d'anciennes, ou poly-excavées avec tendance fréquente et rapide à la bi-latéralisation.

Nous notons dans ce groupe de 11 malades, 6 décès, dont cinq par broncho-pneumonie tuberculeuse, et un par granulie généralisée.

CONCLUSIONS

Bien que nous n'ayons pas signalé d'enfants parmi nos observations, ceux-ci ont payé, dans le courant de l'hiver 40-41 un lourd tribut à la tuberculose pulmonaire. On note, en effet, une recrudescence importante des tuberculoses infantiles de primo-infection.

Mais cette tuberculose de primo-infection nous paraît se voir chez un nombre d'adultes beaucoup plus important que par le passé, et c'est là un fait marquant.

Par ailleurs, nous pouvons noter la reprise fréquente de tuberculoses qui semblaient parfaitement guéries (pneumothorax abandonnés depuis 4, 5 ou 6 ans après leur création) et, naturellement des aggravations manifestes, mais très rapides, chez des tuberculeux évolutifs n'ayant pu recevoir les soins nécessaires (pneumothorax non établis chez des malades qui allaient bien).

Ce sont surtout les populations des villes qui sont frappées, dans une certaine classe de la société mal

armée pour la lutte de la vie, et ne pouvant que se contenter d'une alimentation réduite. Mais n'insistons pas trop sur l'importance des restrictions alimentaires dont le rôle est, par ailleurs, hors de doute.

L'exode de juin 1940 a une part importante dans cette recrudescence. Sans parler du facteur moral, si important, et des tracas de toutes sortes, nous avons vu la promiscuité qui réunissait, dans des locaux insuffisants et dont était bannie l'hygiène, sujets malades et sujets sains. En même temps, la fatigue, puis, par la suite, la sous-alimentation y ont une place de premier plan. Mais l'exode, à lui seul, supporte une grosse part de responsabilité, et la relation de cause à effet paraît bien établie en ce qui concerne nos malades.

Les conclusions à en tirer ? Quel danger constituent pour les enfants en général, leurs enfants en particulier, et aussi pour les autres adultes, tous ces adultes tuberculeux qui méconnaissent généralement leur maladie pendant plusieurs mois.

Donc, si l'on veut éviter une recrudescence, qui serait de plus en plus importante des cas de tuberculose pulmonaire il faut d'abord intensifier le dépistage, augmenter les moyens des Dispensaires, assurer et vérifier leur bon fonctionnement, en les tenant en dehors de toute thérapeutique, et améliorer leurs rapports avec les médecins traitants.

Cependant, les dispensaires ne paraissent pas accuser de nette augmentation du nombre des nouveaux tuberculeux — il serait donc prématuré de vouloir établir des statistiques, ce travail étant conditionné par l'observation d'un très grand nombre de cas échelonnés sur cinq ou six ans de part et d'autre de la période qui nous intéresse, mais on ne peut contester la valeur de la simple impression clinique complétée par une analyse précise de chaque cas avec enquête étiologique rigoureuse. D'autre part l'étiologie que nous invoquons est universellement admise et ne peut être discutée.

Ensuite, parfaire l'éducation du public pour qu'il craigne, non seulement de contracter la tuberculose, mais aussi de la répandre autour de lui.

L'augmentation du nombre des sanatoria et préventoria paraît également être à souhaiter, surtout en ce moment où, en raison de leur petit nombre, ces établissements regorgent de malades.

Enfin, il nous paraît indispensable de parfaire l'éducation des jeunes médecins en matière de tuberculose pulmonaire, si souvent méconnue en clientèle de médecine générale.

Dans un autre ordre d'idées, Monsieur RIST signale dans un de ses livres, l'importance des résultats obtenus par une Compagnie d'Assurances Américaine.

Et pourquoi donc nos Assurances Sociales ne pourraient-elles pas faire aussi bien ? Beaucoup de malades ne se soignent pas parce qu'ils n'ont pas d'argent et que le Dispensaire les effraie. Il n'est pas agréable à tout le monde de se faire soigner dans les Dispensaires, et il paraît bien difficile d'y obliger les gens. Il y a donc certainement œuvre utile à accomplir de ce côté.

Le mal est grand, et il est urgent de prendre des mesures, mais pas des demi-mesures : les services publics l'ont bien compris, qui ont institué un examen radioscopique obligatoire pour tous les prisonniers libérés — mais il n'y a pas, hélas, que les prisonniers !

Vu
Le Doyen :
BAUDOUIN

Vu
Le Président de la Thèse :
TANON

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

AMEUILLE (P.). — Réinfections exogènes dans la tuberculose. (*Soc. Et. Scient. sur la Tuberc.*, 9 nov. 1940).

— Fréquence et gravité actuelles de la Tuberculose. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1941).

AMEUILLE (P.), SAENZ (A.) et CANETTI (G.). — Les tuberculoses abortives et les réinfections tuberculeuses. (*Presse Médicale* 1940, 11 juin).

ARMAND DELILLE (P.). — Fréquence et gravité actuelles de la Tuberculose. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1941).

ALBOT (G.). — Fréquence et gravité actuelles de la tuberculose. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1941).

CANETTI (G.). — Les réinfections tuberculeuses du poumon. Etude anatomo-pathologique, bactériologique et pathogénique des lésions tuberculeuses autres que la primo-infection. (*Thèse*, Paris 1939).

CANETTI (G.) et LACAZE (H.). — Données nouvelles sur l'évolution et la signification de l'allergie tuber-

culinique. Les grandes tendances évolutives de l'allergie tuberculinique chez les sujets non tuberculeux. Allergie et réinfection. (*Ann. Inst. Past.* Décembre 1940).

FLANDIN (Ch. et F.). — Evolution de la tuberculose dans un village du Morvan pendant cent cinquante ans. Effets des habitudes alimentaires. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1941).

RIST (E.). — La primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Rev. Méd. de Nancy*, 15 juin 1938).

— Primo-infection tuberculeuse et réinfection exogène. (*Pr. Méd.*, 17 sept. 1940).

— Fréquence et gravité actuelles de la tuberculose. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1941).

RAVINA (A.), PECHER (Y.), BUCQUOY (M.) et Mme C. PUJOL. — Fréquence et gravité actuelles de la tuberculose. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1941).

PAILLAS (P.). — Contribution à l'étude des formes évolutives de la primo-infection tuberculeuse tardive (*Thèse*, Paris 1941).

SERGENT (E.). — Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. (Masson, 1933).

— Quelques réflexions sur la réactivation des foyers tuberculeux latents et sur les réinfections endogènes et exogènes. (*Pr. Méd.*, 27-30 nov. 1940).

— La primo-infection tuberculeuse de l'adolescent et de l'adulte. (*Paris Méd.*, 10 février 1941).

SERGENT (E.), DURAND (H.) et COTTENOT (P.). — Les grosses adénopathies hilaires dans la tuberculose de l'adulte; la tuberculose ganglio-pulmonaire du « jeune adulte ». (*Rev. Tuberc.* 1924, p. 593-605).

TROISIER et BARIETY. — La primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Rev. Méd. Française*, mai 1934).

TROISIER (J.) et BARIETY (M.). — Primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Ann. Méd.*, juin juillet 1934).

— Primo-infection tuberculeuse de l'adulte. Conséquences prophylactiques et sociales. (*Bull. Ac. Méd.*, t. 110, N° 38).

— Primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Prat. Méd. Française*, avril 1935).

— Primo-infection tuberculeuse de l'adolescent (X^e Conf. Un. Intern. contre la tuberculose. Lisbonne, 7 sept. 1937).

— La tuberculose post- anergique des adolescents. Echéance. Déductions prophylactiques. (*Bull. Ac. de Méd.*, 24 octobre 1939).

TROISIER (J.), BARIETY (M.) et AUNAUNAIRE (M.). — Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte : double chancre d'inoculation pulmonaire. Granulie. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 13 mars 1939).

TROISIER (J.), BARIETY (M.) et BROUET (G.). — Primo-infection tuberculeuse maligne de l'adolescent. Typho-bacillose, érythème noueux, lésions pulmonaires ulcéro-caséuses précoces; adénopathie trachéo-bronchique caséuse. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 févr. 1938).

TROISIER (J.) et BAUDOUIN. — Du rôle de la contamination exogène dans la genèse de la phtisie. (*Soc. Et. Scient. sur la Tuberculose*, 9 nov. 1940).

VAJA (G.). — La primo-infection tuberculeuse chez l'adulte. (*Gaz. des Hôp.*, 14-18 août 1937).

VAUCHER (E.). — Pronostic éloigné et traitement de la tuberculose primo-secondaire de l'adulte. (*Réunion pédiâtre de l'Est*, 8 nov. 1936).

VAUCHER (E.), STRAUSS et SCHNUGGANS. — La primo-infection tuberculeuse chez l'adulte. (*Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 14 déc. 1934).
